

ID : _____

はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

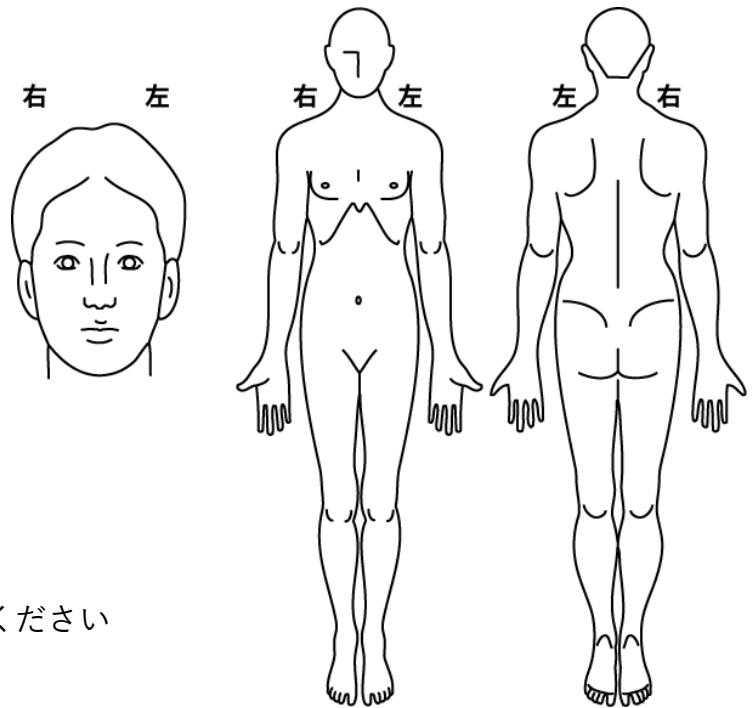
カナ						男 女	大・昭・平・令 年 月 日生			
氏名							年齢	歳	職業	
住所	〒 -					電話 ()				
						携帯電話 ()				
身長	cm		体重	kg						

どのような症状がありますか？（当てはまる症状に○を付けてください）

痛み・しびれ・感覚障害・運動障害・その他（具体的に記入してください）

この症状がある場所はどこですか？

右図に記入してください。



この症状はいつからですか？

- ・ 年 月 日ごろから
- ・ () 年前から

症状が痛みの方にお聞きします

あなたの痛みの程度を表す数字に○をつけてください

(痛みなし)

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

(最悪の痛み)

この症状により日常生活で一番困っていることは何ですか？

この症状に対して何か治療をされたことがありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的にいつ、どこで、どのような治療をしたかを記入してください）

<裏に続く>

痛みの性質に関する質問票

令和 年 月 日

ID : _____ 氏名: _____

痛みの性質に関して以下の質問にお答えください。

それぞれの質問に対し、該当する□に印を付けてください。

1) 針で刺されるような痛みがある

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

2) 電気が走るような痛みがある

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

3) 焼けるようなひりひりする痛みがある

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

4) しびれの強い痛みがある

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

5) 衣類が擦れたり、冷風に当たったりするだけで痛みが走る

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

6) 痛みの部位の感覚が低下していたり、過敏になっていたりする

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

7) 痛みの部位の皮膚がむくんだり、赤や赤紫に変色したりする

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある